การพัฒนารูปแบบการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาซับซ้อน โรงพยาบาลนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม

Development of a Pharmaceutical Care Model for Patients with Schizophrenia with Complex Problems, Na Chueak Hospital, Maha Sarakham Province

พวงพันธ์ ศรัทธาคลัง
Puangphan Satthakhlang
โรงพยาบาลนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม
Na Chueak Hospital, Maha Sarakham Province

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาการใช้ยา พัฒนารูปแบบ และประเมินผลรูปแบบการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาซับซ้อน โรงพยาบาลนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม ดำเนินการตามวงจรวางแผน ปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนผล ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2566 ถึงกันยายน 2567 กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วยผู้พัฒนารูปแบบ 50 คน ผู้ดูแลหลัก 16 คน และผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาซับซ้อน 16 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือประกอบด้วยแบบบันทึกปัญหาที่เกี่ยวกับยาตามระบบ PCNE แบบบันทึกการขาดยา แบบบันทึกอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา แบบประเมินความพึงพอใจ และแนวคำถามการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบแมคนีมาร์ และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ก่อนพัฒนารูปแบบ ผู้ป่วยทุกรายมีปัญหาที่เกี่ยวกับยา พบปัญหารวม 38 ปัญหา สาเหตุที่พบมากที่สุดคือผู้ป่วยใช้ยาน้อยกว่าที่สั่งหรือไม่ใช้ยา ผู้ป่วยขาดยาร้อยละ 43.75 และเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาร้อยละ 31.25 รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเป็นการบริบาลทางเภสัชกรรมแบบต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การให้ความรู้ด้านยาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล การค้นหาและจัดการปัญหาที่เกี่ยวกับยา การจัดยาแบบมื้อต่อมื้อรายบุคคล การประสานทีมและแจ้งเตือนวันนัด และการเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมคลินิกจิตเวช หลังใช้รูปแบบ สัดส่วนผู้ป่วยที่มีปัญหาที่เกี่ยวกับยาลดลงเหลือร้อยละ 18.75 ($p < .001$) ไม่มีผู้ป่วยขาดยาผู้ป่วยที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์ลดลงเหลือ ร้อยละ 6.25 ผู้ป่วยไม่มีอาการทางจิตร้อยละ 87.50 และผู้พัฒนารูปแบบมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ($M = 4.56$, $SD = 0.50$) รูปแบบนี้ช่วยลดปัญหาที่เกี่ยวกับยาและการขาดยาได้ และควรขยายผลในเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ

คำสำคัญ : การบริบาลทางเภสัชกรรม, ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาซับซ้อน, ปัญหาที่เกี่ยวกับยา, การเยี่ยมบ้าน

Abstract

This participatory action research aimed to examine medication-use problems, develop a pharmaceutical care model, and evaluate the model for patients with schizophrenia with complex problems at Na Chueak Hospital, Maha Sarakham Province, Thailand. The study followed the plan–act–observe–reflect cycle from October 2023 to September 2024. Participants were purposively selected and comprised 50 model developers, 16 primary caregivers, and 16 patients with schizophrenia with complex problems. Instruments included a drug-related problem (DRP) record form based on the PCNE classification, records of medication non-adherence and adverse drug reactions (ADRs), a satisfaction questionnaire, and focus group guides. Data were analyzed using descriptive statistics, the McNemar test, and content analysis.

Before the model was developed, all patients had at least one DRP, with 38 DRPs in total; the most common cause was taking less medication than prescribed or not taking it at all. 43.75% of patients had missed medication and 31.25% experienced ADRs. The resulting hospital-to-home continuous pharmaceutical care model comprised five components: medication education for patients and caregivers, DRP identification and resolution, individualized unit-dose packaging, team coordination with appointment reminders, and joint home visits with the psychiatric clinic team. After implementation, the proportion of patients with DRPs fell to 18.75% ($p < .001$), no patient missed medication, and ADRs fell to 6.25% ; 87.50% of patients were free of psychotic symptoms, and developers reported the highest level of satisfaction ($M = 4.56$, $SD = 0.50$). The model reduced DRPs and medication non-adherence and should be scaled up across the district health network.

Keywords: Pharmaceutical Care, Schizophrenia with Complex Problems, Drug-Related Problems, Home visit

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชเรื้อรังที่ส่งผลต่อความคิด การรับรู้ และพฤติกรรม องค์การอนามัยโลกประมาณการว่ามีผู้ป่วยจิตเภททั่วโลกราว 24 ล้านคน หรือประมาณ 1 ใน 300 คน ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตก่อนวัยอันควรสูงกว่าประชากรทั่วไป 2–3 เท่า และมีเพียงร้อยละ 31.3 ของผู้ที่มีภาวะโรคจิตที่เข้าถึงบริการสุขภาพจิตเฉพาะทาง (World Health Organization [WHO], 2022) หัวใจของการดูแลระยะยาวคือการใช้ยาต้านโรคจิตอย่างต่อเนื่อง หลักฐานจากการวิเคราะห์อภิมานพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาต่อเนื่องมีอัตราการกำเริบภายใน 7–12 เดือนร้อยละ 27 เทียบกับร้อยละ 64 ในผู้ที่ได้รับยาหลอก (Leucht et al., 2012) อย่างไรก็ดี ความไม่ร่วมมือในการใช้ยายังพบได้สูงถึงร้อยละ 40–50 (Guo et al., 2023) และเป็นปัจจัยทำนายการกำเริบที่สำคัญที่สุด โดยผู้ที่ใช้ยาไม่สม่ำเสมอมีโอกาสกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสูงกว่าผู้ที่ใช้ยาสม่ำเสมอ 2.4 เท่า (Higashi et al., 2013) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องไม่ได้จำกัดอยู่ที่ตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่รวมถึงปัจจัยด้านยา เช่น อาการไม่พึงประสงค์และแบบแผนการใช้ยาที่ซับซ้อน ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการไม่ร่วมมือในการใช้ยา ขณะที่การสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมเป็นปัจจัยปกป้อง (Guo et al., 2023) ข้อค้นพบนี้ชี้ว่าการแก้ปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภทต้องอาศัยการจัดการหลายมิติพร้อมกัน ทั้งระดับยา ผู้ป่วย ผู้ดูแล และระบบบริการ

การบริบาลทางเภสัชกรรม (pharmaceutical care) เป็นแนวคิดที่เภสัชกรรับผิดชอบต่อผลลัพธ์การรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโดยตรง ผ่านกระบวนการค้นหา แก้ไข และป้องกันปัญหาที่เกี่ยวกับยา (Cipolle et al., 2012; Hepler & Strand, 1990) ปัจจุบันนิยมจำแนกปัญหาที่เกี่ยวกับยาตามระบบของเครือข่ายการบริบาลทางเภสัชกรรมแห่งยุโรป ซึ่งแยกปัญหา สาเหตุ การแก้ไข และผลลัพธ์ออกจากกันอย่างเป็นระบบ (Pharmaceutical Care Network Europe [PCNE], 2020) หลักฐานระดับนานาชาติสนับสนุนบทบาทเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชรุนแรง ในบริบทเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รูปแบบ Si-care ของอินโดนีเซียซึ่งใช้การเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกร การให้คำปรึกษา และการติดตามการใช้ยา ช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาจากร้อยละ 77.38 เป็นร้อยละ 97.57 ขณะที่อาการทางจิตยังคงที่ นอกจากนี้ บรรจุภัณฑ์ช่วยเตือนการใช้ยามีผลดีต่อความร่วมมือในการใช้ยาอย่างน้อยหนึ่งตัวชี้วัดในงานวิจัยร้อยละ 57 (Boeni et al., 2014) และการให้การดูแลที่มีครอบครัวร่วมด้วยช่วยลดการกำเริบและการเข้ารักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภท (Pharoah et al., 2010) ผลการศึกษาเหล่านี้สอดคล้องกับข้อสรุปของการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบว่าการแก้ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาต้องใช้แนวทางหลายองค์ประกอบ (Higashi et al., 2013) และควรดำเนินการต่อเนื่องถึงชุมชน มากกว่าการให้ความรู้เพียงครั้งเดียวในโรงพยาบาล

สำหรับประเทศไทย ความชุกของโรคจิตเภทในประชากรอายุ 15–59 ปีอยู่ที่ 8.8 ต่อ 1,000 คน ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มสูงสุดหนึ่งในสิบของความชุกทั่วโลก และประมาณการว่าผู้ป่วยราวร้อยละ 37 ยังไม่ได้รับการรักษา (Phanthunane et al., 2010) ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (serious mental illness with high risk to violence: SMI-V) ในชุมชน โดยเน้นการคัดกรอง การส่งต่อ และการติดตามดูแลต่อเนื่องผ่านเครือข่ายบริการระดับอำเภอ (ธนัฎชา สองเมือง และอนัญญา สองเมือง, 2565) ภาระการดูแลจึงตกอยู่กับโรงพยาบาลชุมชนและครอบครัวมากขึ้น งานวิจัยเชิงคุณภาพพบว่าผู้ดูแลหลักชาวไทยเผชิญทั้งความยากจน ความเครียดทางอารมณ์ ตราบาปทางสังคม และการที่ผู้ดูแลเองเริ่มเข้าสู่วัยสูงอายุ (Imkome & Waraassawapati, 2018) ในด้านบทบาทเภสัชกร การพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยทีมสหวิชาชีพที่อำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ ช่วยเพิ่มสัดส่วนผู้ป่วยที่ใช้ยาสม่ำเสมอจากร้อยละ 46.2 เป็นร้อยละ 61.5 (กมลวรรณ สีเชียงสา และคณะ, 2562) การส่งต่อผู้ป่วยไปรับยาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพร้อมการบริบาลทางเภสัชกรรมช่วยลดการไม่ร่วมมือในการใช้ยา อาการไม่พึงประสงค์ และการกำเริบลงอย่างมีนัยสำคัญ (ธนัฎชา สองเมือง และอนัญญา

สองเมือง, 2565) และการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบปัญหาที่เกี่ยวกับยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังถึงร้อยละ 76.92 โดยปัญหาที่พบบ่อยที่สุดคือการไม่ใช้ยาตามสั่ง (ลัดดาวัลย์ ปราบนอก, 2565) ในทางกลับกัน การทดลองแบบสุ่มในคลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลมหาสารคามพบว่าการให้ความรู้ร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์เพียง 4 สัปดาห์ช่วยเพิ่มความรู้แต่ไม่ได้ทำให้ความร่วมมือในการใช้ยาดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (ธรัลหทัย วิริยะสิริสกุล และคณะ, 2559) ผลดังกล่าวสะท้อนว่าผู้ป่วยกลุ่มที่มีปัญหาซับซ้อนต้องการการดูแลที่เข้มข้นและต่อเนื่องถึงบ้านมากกว่าการให้ความรู้ในโรงพยาบาล

จังหวัดมหาสารคามมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตโดยให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาล ครอบครัว และชุมชน เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทเป็นกลุ่มที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลระยะยาว และการดูแลที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรสุขภาพ ครอบครัวผู้ดูแล และภาคีเครือข่ายในชุมชน การศึกษาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนในบริบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่ได้จำกัดเฉพาะการรักษาทางการแพทย์ แต่ครอบคลุมการช่วยเหลือดูแล การจัดบริการ การเสริมสร้างศักยภาพ การสนับสนุนครอบครัวและชุมชน และการทำงานร่วมกันของภาคประชาชน ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานภาครัฐ (ศรินรัตน์ จันทพิมพ์ และขนิษฐา นันทบุตร,2561) ในจังหวัดมหาสารคาม มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านโดยเฉพาะในพื้นที่อำเภอยางสีสุราช โดยมีการทำงานร่วมกันระหว่างพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชกับทีมเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน รวมทั้งมีการสร้างความร่วมมือกับครอบครัวและแกนนำชุมชนเพื่อให้สามารถติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างต่อเนื่อง การพัฒนาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการเปลี่ยนรูปแบบบริการจากการดูแลเฉพาะในโรงพยาบาลไปสู่การดูแลที่เชื่อมโยงกับครอบครัวและชุมชน(นิจพร สว่างไธสง, 2561)

สำหรับโรงพยาบาลนาเชือก ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดมหาสารคาม ข้อมูลปีงบประมาณ 2566 พบผู้ป่วยจิตเวชที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมด 352 ราย เป็นผู้ป่วยจิตเภท 85 ราย (ร้อยละ 24.15) และในจำนวนนี้มี 11 ราย (ร้อยละ 12.94 ของผู้ป่วยจิตเภท) ที่มีปัญหาซับซ้อนและมีอาการกำเริบ ซึ่งมีสาเหตุสำคัญจากปัญหาการใช้ยา ผู้ป่วยบางรายมีพฤติกรรมเอะอะโวยวายหรือก้าวร้าวขณะอาการกำเริบ ทำให้ครอบครัวและชุมชนรู้สึกไม่ปลอดภัย ขณะที่ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งขาดผู้ดูแลหรือมีผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ ระบบบริการเดิมเน้นการจ่ายยาตามนัดในคลินิกจิตเวช ยังไม่มีกระบวนการบริบาลทางเภสัชกรรมที่เชื่อมจากโรงพยาบาลสู่บ้านอย่างเป็นระบบ(โรงพยาบาลนาเชือก, 2566)

ปัญหาของผู้ป่วยกลุ่มนี้เกิดจากหลายฝ่ายและหลายระดับ ทั้งผู้ป่วย ผู้ดูแล ทีมสหวิชาชีพ และเครือข่ายบริการในชุมชน การแก้ปัญหาจึงต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในการวิเคราะห์ปัญหา ออกแบบ ทดลองใช้ และปรับปรุงแนวทางการดูแลร่วมกัน การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมตามวงจรวางแผน ปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนผล (Kemmis et al., 2014) จึงเป็นระเบียบวิธีที่เหมาะสม เพราะเปิดให้ทีมพัฒนารูปแบบที่สอดคล้องกับทรัพยากรและบริบทจริงของพื้นที่ ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาซับซ้อนของโรงพยาบาลนาเชือก โดยคาดว่าผลการวิจัยจะช่วยลดปัญหาที่เกี่ยวกับยา การขาดยา และการกำเริบของโรค และเป็นต้นแบบให้โรงพยาบาลชุมชนอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกันนำไปใช้ได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาซับซ้อน โรงพยาบาลนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาซับซ้อน โรงพยาบาลนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม

3. เพื่อประเมินผลการพัฒนารูปแบบการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาซับซ้อน โรงพยาบาลนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) ตามแนวคิดของ Kemmis et al. (2014) ใช้วงจรวางแผน (plan) ปฏิบัติ (act) สังเกต (observe) และสะท้อนผล (reflect) มีรายละเอียดดังนี้

1. กลุ่มเป้าหมายในการศึกษา

กลุ่มเป้าหมายในการศึกษา แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1.1 กลุ่มผู้พัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย เภสัชกร จำนวน 4 คน แพทย์ จำนวน 4 คน พยาบาลคลินิกจิตเวช จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 4 คน เจ้าพนักงานเภสัชกรรม จำนวน 3 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 5 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 16 คน และผู้นำชุมชน จำนวน 10 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง รวมจำนวน 50 คน

1.2 กลุ่มผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 16 คน

1.3 กลุ่มผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภท โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 16 คน

เกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มผู้รับบริการ (inclusion criteria) ได้แก่ 1) ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภท (ICD-10 รหัส F20) จากแพทย์ 2) รักษาแบบผู้ป่วยนอกและได้รับยาต้านโรคจิต 3) มีอาการกำเริบภายใน 12 เดือนก่อนเริ่มการศึกษา ร่วมกับมีปัญหาซับซ้อนอย่างน้อย 1 ข้อ ได้แก่ ขาดยาหรือใช้ยาไม่สม่ำเสมอ มีปัญหาที่เกี่ยวกับยา เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา หรือมีข้อจำกัดด้านผู้ดูแล และ 4) ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มผู้รับบริการ (exclusion criteria) ได้แก่ 1) ย้ายที่อยู่ออกนอกเขตบริการ และ 2) ส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่นระหว่างการศึกษา หรือขอถอนตัว

2. ขอบเขตพื้นที่การศึกษา

คลินิกจิตเวช กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลนาเชือก และบ้านของผู้ป่วยในเขตอำเภอนาเชือก ร่วมกับเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่

3. ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย

กรกฎาคม 2566 ถึง กันยายน 2567

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ (กรกฎาคม–กันยายน 2566) ผู้วิจัยทบทวนเวชระเบียนและประวัติการรับยาของโรงพยาบาล สนทนากลุ่มทีมสหวิชาชีพ ผู้ดูแล และผู้ป่วยจิตเภท ตรวจสอบยาที่บ้านด้วยการนับเม็ดยาและทบทวนยาทั้งหมด (brown bag review) และค้นหาปัญหาที่เกี่ยวกับยาตามเกณฑ์ PCNE (PCNE, 2020) จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์สาเหตุร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการประชุมระดมสมอง และร่วมกันกำหนดแผนการพัฒนา

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบ (ตุลาคม 2566–กรกฎาคม 2567) ทีมนำแผนไปปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยทุกราย ประกอบด้วย 1) ให้ความรู้ด้านโรคและยาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นรายครอบครัว 2) ค้นหาและจัดการ

ปัญหาที่เกี่ยวกับยา โดยเภสัชกรปรึกษาแพทย์เพื่อปรับแผนการรักษาเมื่อจำเป็น 3) จัดยาแบบมื้อต่อมื้อ (unit dose) รายบุคคลตามช่วงเวลารับประทาน 4) โทรศัพท์ประสานทีมและแจ้งเตือนวันนัดแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลล่วงหน้า และ 5) เยี่ยมบ้านร่วมกับทีมคลินิกจิตเวชเพื่อติดตามการใช้ยา อาการไม่พึงประสงค์ และอาการทางจิต ระหว่างการปฏิบัติ ผู้วิจัยสังเกตและบันทึกผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และการตอบสนองของผู้ป่วยและผู้ดูแล และจัดประชุมสะท้อนผลร่วมกับทีมทุก 3 เดือน เพื่อปรับปรุงกิจกรรมในรอบถัดไป

ระยะที่ 3 ประเมินผล (สิงหาคม–กันยายน 2567) ผู้วิจัยประเมินปัญหาที่เกี่ยวกับยา การขาดยา อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และอาการทางจิตซ้ำด้วยเครื่องมือชุดเดิม จัดสนทนากลุ่มกับทีมสหวิชาชีพและผู้ดูแลเพื่อสะท้อนผลและสรุปองค์ประกอบของรูปแบบ แล้วนำเสนอรูปแบบฉบับสมบูรณ์ต่อทีมเพื่อรับรอง

เครื่องมือในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการ ได้แก่ รูปแบบการให้บริบาลทางเภสัชกรรมและแนวปฏิบัติของแต่ละองค์ประกอบ สื่อให้ความรู้เรื่องโรคและยาสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล ซองหรือกล่องจัดยาแบบมื้อต่อมื้อ และแบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นแบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อรวบรวมข้อมูลพื้นฐานและลักษณะสำคัญของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาซับซ้อนและผู้ดูแล ซึ่งใช้สำหรับอธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและใช้ประกอบการวิเคราะห์ปัญหาการใช้ยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย ในส่วนข้อมูลของผู้ป่วยประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ลักษณะการอยู่อาศัย ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ประวัติการรักษา ประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประวัติการกำเริบของอาการทางจิต และข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาที่ได้รับตามแผนการรักษา ส่วนข้อมูลของผู้ดูแลประกอบด้วย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย อายุ อาชีพ ลักษณะการอยู่อาศัยร่วมกับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแล และบทบาทในการดูแลเรื่องยา

2) แบบบันทึกและจำแนกปัญหาที่เกี่ยวกับยาตามระบบ PCNE V9.1 (PCNE, 2020) เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยอ้างอิงแนวทางการจำแนก Drug-Related Problems (DRPs) ตามระบบ Pharmaceutical Care Network Europe Version 9.1 เพื่อใช้ค้นหา บันทึก และจำแนกปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาซับซ้อนอย่างเป็นระบบ การเก็บข้อมูลครอบคลุมปัญหาที่เกิดขึ้นจริงหรือมีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาจากการใช้ยา โดยพิจารณาจากหลายแหล่งข้อมูล ได้แก่ เวชระเบียน ประวัติการใช้ยา การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแล การตรวจสอบยาที่ผู้ป่วยมีอยู่ที่บ้าน การนับจำนวนเม็ดยา และการประเมินร่วมกับทีมสหวิชาชีพ การบันทึกข้อมูลประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ปัญหา (problem) สาเหตุ (cause) การดำเนินการแก้ไข (intervention) และผลลัพธ์ (outcome)

3) แบบบันทึกการขาดยา เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อประเมินและติดตามปัญหาการขาดยาและการใช้ยาไม่ต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเภท โดยกำหนดการขาดยาว่า ผู้ป่วยไม่มารับยาตามนัดเกิน 7 วัน หรือจากการนับจำนวนเม็ดยาที่เหลือพบว่าผู้ป่วยใช้ยาน้อยกว่าร้อยละ 80 ของจำนวนยาที่แพทย์สั่ง การเก็บข้อมูลประกอบด้วย วันที่นัดรับยา วันที่มารับยาจริง จำนวนยาที่ได้รับ จำนวนยาที่ควรได้รับ จำนวนยาที่เหลือ จำนวนยาที่ใช้จริง และเหตุผลของการขาดยา ทั้งนี้ ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลร่วมจากเวชระเบียน ใบสั่งยา การสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล และการตรวจนับยาที่เหลือที่บ้าน

4) แบบบันทึกอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อใช้เฝ้าระวังค้นหา และบันทึกอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท โดยเก็บข้อมูลเกี่ยวกับชื่อยา ขนาดยา

วิธีใช้ยา วันที่เริ่มใช้ยา วันที่เริ่มเกิดอาการ ลักษณะและความรุนแรงของอาการ การดำเนินการเมื่อเกิดอาการและผลหลังการจัดการ เมื่อพบอาการที่สงสัยว่าเกี่ยวข้องกับการใช้ยา ผู้วิจัยประเมินความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้วย Naranjo Adverse Drug Reaction Probability Scale ของ Naranjo et al. (1981) โดยพิจารณาจากองค์ประกอบ เช่น ความสัมพันธ์ด้านเวลา การเปลี่ยนแปลงของอาการเมื่อหยุดยา การกลับเกิดอาการเมื่อได้รับยาอีกครั้ง ปัจจัยอื่นที่อาจเป็นสาเหตุ และหลักฐานทางคลินิกที่เกี่ยวข้อง

5) แบบบันทึกอาการทางจิตและการทำกิจวัตรประจำวัน ประเมินโดยแพทย์หรือพยาบาลประจำคลินิกจิตเวชตามการประเมินทางคลินิกและข้อมูลจากผู้ป่วยและผู้ดูแล ข้อมูลที่บันทึกครอบคลุมลักษณะอาการทางจิตที่ปรากฏ เช่น อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน ความผิดปกติของความคิดและพฤติกรรม ความร่วมมือในการรักษา และการเปลี่ยนแปลงของอาการโดยรวม รวมถึงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การดูแลตนเอง การรับประทานอาหาร การแต่งกาย การทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานยา และการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวัน

6) แบบประเมินความพึงพอใจของกลุ่มผู้พัฒนารูปแบบการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาซับซ้อน โรงพยาบาลนาเชือก เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (rating scale) จำนวน 15 ข้อ แปลผลค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์ของบุญชม ศรีสะอาด (2560) ดังนี้ 4.51–5.00 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด 3.51–4.50 หมายถึง พึงพอใจมาก 2.51–3.50 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง 1.51–2.50 หมายถึง พึงพอใจน้อย และ 1.00–1.50 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด

7) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม สำหรับกลุ่มผู้พัฒนารูปแบบ จำนวน 7 ข้อ และกลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 7 ข้อ เพื่อให้ทราบสภาพปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาซับซ้อน การเฝ้าระวังการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การควบคุมกำกับและติดตามผลการใช้ยา ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแล แบบบันทึกและจำแนกปัญหาที่เกี่ยวกับยาตามระบบ PCNE V9.1 แบบบันทึกการขาดยา แบบบันทึกอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา แบบบันทึกอาการทางจิตและการทำกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินความพึงพอใจ และแนวคำถามการสนทนากลุ่ม เสนอผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความเข้าใจ และการใช้ภาษา ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item-objective congruence: IOC) ระหว่าง 0.67–1.00 และปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ จากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 12 คน หาค่าความเที่ยงด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.82, 0.78, 0.80, 0.82, 0.80 และ 0.84 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลทั่วไปและผลลัพธ์รายตัวแปรวิเคราะห์ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบสัดส่วนผู้ป่วยที่มีปัญหาที่เกี่ยวกับยา ขาดยา เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา มีอาการทางจิต และทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ก่อนและหลังใช้รูปแบบ ใช้การทดสอบแมคนีมาร์ (McNemar test) แบบแม่นตรง ซึ่งเหมาะกับข้อมูลสองค่าแบบจับคู่ในตัวอย่างขนาดเล็ก (Fagerland et al., 2013) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลการสนทนากลุ่มและบันทึกการประชุมสะท้อนผล วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยจัดหมวดหมู่และสรุปเป็นประเด็นหลัก

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม เลขที่ EC 2566-042 ลงวันที่ 2 ตุลาคม 2566 ก่อนเริ่มเก็บข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์ และความเสี่ยงแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล และขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร กรณีผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการตัดสินใจขณะอาการกำเริบ ผู้วิจัยขอความยินยอมจากผู้ดูแลหรือผู้แทนโดยชอบธรรมร่วมกับการขอความยินยอมจากผู้ป่วยเมื่ออาการทุเลา ผู้เข้าร่วมถอนตัวได้ทุกเมื่อโดยไม่กระทบต่อการรักษาที่พึงได้รับ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเป็นความลับ ใช้รหัสแทนชื่อ และนำเสนอผลในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์และปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาซับซ้อน โรงพยาบาลนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาซับซ้อน 16 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 81.25) อายุเฉลี่ย 38.25 ± 7.78 ปี (ต่ำสุด 26 ปี สูงสุด 55 ปี) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 31–40 ปี (ร้อยละ 62.50) มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 68.75) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 56.25) และอาศัยอยู่กับบิดาหรือมารดา (ร้อยละ 62.50) ระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 10.19 ± 5.02 ปี ในรอบ 12 เดือนก่อนการศึกษา ผู้ป่วยร้อยละ 68.75เคยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในอย่างน้อย 1 ครั้ง ผู้ป่วยร้อยละ 68.75 ใช้ยาจิตเวชตั้งแต่ 3 รายการขึ้นไป และร้อยละ 31.25 มีการใช้สุราหรือสารเสพติดร่วม

1.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลหลัก 16 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 75.00) อายุเฉลี่ย 60.50 ± 8.55 ปี โดยร้อยละ 62.50มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีความสัมพันธ์เป็นบิดาหรือมารดาของผู้ป่วย (ร้อยละ 62.50) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 56.25) อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย (ร้อยละ 87.50) และดูแลผู้ป่วยมาเฉลี่ย 9.19 ± 4.79 ปี ผู้ดูแลที่รับผิดชอบจัดยาให้ผู้ป่วยเองทุกมื้อมีเพียงร้อยละ 37.50

1.3 ปัญหาที่เกี่ยวกับยา ก่อนพัฒนารูปแบบ ผู้ป่วยทุกราย (ร้อยละ 100) มีปัญหาที่เกี่ยวกับยาอย่างน้อย 1 ปัญหา พบปัญหารวม 38 ปัญหา เฉลี่ย 2.38 ปัญหาต่อราย เมื่อจำแนกตามระบบ PCNE V9.1 ปัญหาด้านประสิทธิผลของการรักษา (P1) พบมากที่สุด (ร้อยละ 63.16) รองลงมาคือปัญหาอื่น ๆ (P3) (ร้อยละ 21.05) และปัญหาด้านความปลอดภัย (P2) (ร้อยละ 15.79) สาเหตุที่พบมากที่สุด คือผู้ป่วยใช้ยาน้อยกว่าที่สั่งหรือไม่ใช้ยาเลย (ร้อยละ 31.58) รองลงมาคือใช้ยาไม่ถูกเวลา (ร้อยละ 18.42) และกระบวนการใช้ยาไม่เหมาะสม เช่น ผู้ดูแลให้ยาผิดขนาดหรือผิดมื้อ (ร้อยละ 15.79) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัญหาที่เกี่ยวกับยาและสาเหตุจำแนกตามระบบ PCNE V9.1 ก่อนพัฒนารูปแบบ

ประเภท	จำนวน (ปัญหา)	ร้อยละ
ปัญหา (problem)		
P1 ประสิทธิผลของการรักษา	24	63.16
P2 ความปลอดภัยของการรักษา	6	15.79
P3 ปัญหาอื่น ๆ	8	21.05

ประเภท	จำนวน (ปัญหา)	ร้อยละ
สาเหตุ (cause)		
C7.1 ผู้ป่วยใช้ยาน้อยกว่าที่สั่งหรือไม่ใช้ยา	12	31.58
C7.7 ใช้ยาไม่ถูกเวลาหรือช่วงห่าง	7	18.42
C6 กระบวนการใช้ยา (ผู้ดูแลให้ยาผิดขนาด/ผิดมื้อ)	6	15.79
C3 การเลือกขนาดยา (ขนาดยาสูงเกิน)	5	13.16
C7 ผู้ป่วยไม่เข้าใจวิธีใช้ยา	4	10.53
C1 การเลือกยา (ยาซ้ำซ้อน/ไม่จำเป็น)	4	10.53

1.4 ผลการสนทนากลุ่มเพื่อวิเคราะห์สาเหตุ จากการสนทนากลุ่มกับทีมสหวิชาชีพ ผู้ดูแล และผู้ป่วย สรุปสาเหตุของปัญหาได้ 3 ระดับ ระดับผู้ป่วย คือ การขาดความตระหนักว่าตนเจ็บป่วย ความเชื่อว่าหายแล้วจึงหยุดยาเอง และความไม่สบายจากอาการไม่พึงประสงค์ ระดับครอบครัว คือ ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีข้อจำกัดด้านสายตาและความจำ จัดยาหลายรายการไม่ถูกต้อง และต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ทำให้ไม่มีผู้กำกับการรับประทานยาในบางมื้อ ระดับระบบบริการ คือ การดูแลสิ้นสุดเมื่อจ่ายยาในโรงพยาบาล ไม่มีการทบทวนยาที่บ้าน ไม่มีระบบเตือนวันนัด และข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่เชื่อมต่อกัน

2. การพัฒนารูปแบบการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาซับซ้อน โรงพยาบาลนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม

การพัฒนารูปแบบดำเนินการ 2 วงจร ดังนี้

วงจรที่ 1 (ตุลาคม 66 - กุมภาพันธ์ 2567) ทีมเริ่มใช้กิจกรรม 5 ด้านตามแผน ได้แก่ การให้ความรู้รายครอบครัว การทบทวนยาและจัดการปัญหาที่เกี่ยวกับยา การจัดยาแบบมื้อต่อมื้อ การโทรแจ้งวันนัด และการเยี่ยมบ้าน ผลการสังเกตเมื่อสิ้นสุดวงจรพบว่า ผู้ป่วยที่มีปัญหาที่เกี่ยวกับยาลดลงเหลือ 8 ราย (ร้อยละ 50.00) ขาดยา 3 ราย (ร้อยละ 18.75) และเกิดอาการไม่พึงประสงค์ 2 ราย (ร้อยละ 12.50) การสะท้อนผลพบอุปสรรค 3 ประการ คือ ผู้ดูแลสูงอายุอ่านฉลากยาขนาดตัวอักษรปกติได้ยาก ผู้ป่วยบางรายไม่รับโทรศัพท์แจ้งวันนัด และทีมเยี่ยมบ้านไม่สามารถติดตามทุกรายได้ทุกเดือน

วงจรที่ 2 (มีนาคม – กรกฎาคม 2567) ทีมปรับปรุงกิจกรรมตามผลการสะท้อน ได้แก่ ใช้ซองยาแยกสีตามมื้อร่วมกับสัญลักษณ์ภาพแทนตัวอักษร โทรแจ้งวันนัดผ่านผู้ดูแลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแทนการโทรหาผู้ป่วยโดยตรง ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านติดตามการรับประทานยาสัปดาห์ละครั้งในเดือนที่ทีมไม่ได้เยี่ยมบ้าน และเพิ่มช่องทางให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปรึกษาเภสัชกรได้โดยตรง เมื่อสิ้นสุดวงจรที่ 2 ทีมสรุปรูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมแบบต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน 5 องค์ประกอบ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 องค์ประกอบของรูปแบบการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาซับซ้อน โรงพยาบาลนาเชือก

องค์ประกอบ	กิจกรรมหลัก	ผู้รับผิดชอบ
1. ให้ความรู้ด้านยาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล	ให้ความรู้เรื่องโรค ยา วิธีใช้ยา อาการไม่พึงประสงค์และสัญญาณเตือนการกำเริบเป็นรายครอบครัว โดยใช้สื่อภาพสำหรับผู้ดูแลสูงอายุ	เภสัชกร
2. ค้นหาและจัดการปัญหาที่เกี่ยวกับยา	ทบทวนยา นับเม็ดยา จำแนกปัญหาตาม PCNE และปรึกษาแพทย์เพื่อปรับแผนการรักษา	เภสัชกร แพทย์
3. จัดยาแบบมื้อต่อมื้อรายบุคคล	จัดยาแยกตามมื้อและวันในซองแยกสีพร้อมสัญลักษณ์ภาพ เพื่อลดความซับซ้อนในการใช้ยา	เภสัชกร เจ้าพนักงานเภสัชกรรม
4. ประสานทีมและแจ้งเตือนวันนัด	โทรแจ้งวันนัดผ่านผู้ดูแลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเชื่อมข้อมูลกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	เภสัชกร พยาบาลคลินิกจิตเวช
5. เยี่ยมบ้านและติดตามในชุมชน	ทีมคลินิกจิตเวชเยี่ยมบ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านติดตามการรับประทานยาในเดือนที่ไม่มีการเยี่ยมบ้าน	ทีมสหวิชาชีพเครือข่ายชุมชน

3. ผลการประเมินการพัฒนารูปแบบการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาซับซ้อน โรงพยาบาลนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม

3.1 ผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังใช้รูปแบบ โดยใช้สถิติ McNemar test พบว่า หลังใช้รูปแบบสัดส่วนผู้ป่วยที่มีปัญหาที่เกี่ยวกับยาลดลงจากร้อยละ 100 เหลือร้อยละ 18.75 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ผู้ป่วยที่ขาดยาลดลงจากร้อยละ 43.75เหลือร้อยละ 0 ($p = .016$) ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตลดลงจากร้อยละ 100 เหลือร้อยละ 12.50 ($p < .001$) และผู้ป่วยที่ทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 37.50เป็นร้อยละ 87.50 ($p = .008$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังใช้รูปแบบการให้บริบาลทางเภสัชกรรม (n = 16)

ผลลัพธ์	ก่อน n (%)	หลัง n (%)	p
มีปัญหาที่เกี่ยวกับยา	16 (100.00)	3 (18.75)	< .001
ขาดยา	7 (43.75)	0 (0.00)	.016
เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	5 (31.25)	1 (6.25)	.125
มีอาการทางจิต	16 (100.00)	2 (12.50)	< .001
ทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง	6 (37.50)	14 (87.50)	.008

3.2 ผลการจัดการปัญหาที่เกี่ยวกับยา โดยเภสัชกรดำเนินการแก้ไขปัญหารวม 61 ครั้ง เป็นการดำเนินการระดับผู้ป่วยและผู้ดูแล เช่น การให้คำปรึกษาและการจัดยาแบบมื้อต่อมื้อ มากที่สุด (ร้อยละ 49.18) รองลงมาคือระดับยา เช่น การปรับขนาดหรือเวลาบริหารยา (ร้อยละ 19.67) ระดับผู้สั่งใช้ยา (ร้อยละ 18.03)

และอื่น ๆ (ร้อยละ 13.11) แพทย์ยอมรับข้อเสนอของเภสัชกร 9 ใน 11 ครั้ง (ร้อยละ 81.82) ผลลัพธ์ของการแก้ไขพบว่า ปัญหาได้รับการแก้ไขทั้งหมด 33 ปัญหา (ร้อยละ 86.84) แก้ไขได้บางส่วน 2 ปัญหา (ร้อยละ 5.26) และยังแก้ไขไม่ได้ 3 ปัญหา (ร้อยละ 7.89) ปัญหาที่ยังคงอยู่พบในผู้ป่วย 3 ราย ซึ่งส่วนใหญ่มีการใช้สุราร่วมและอาศัยอยู่ลำพังในช่วงกลางวัน ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การดำเนินการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวกับยาและการยอมรับ จำแนกตามระบบ PCNE V9.1 (61 ครั้ง)

การดำเนินการ	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ
I1 ระดับผู้สั่งใช้ยา	11	18.03
I1.3 เสนอการปรับแผนการรักษาต่อแพทย์	11	18.03
I2 ระดับผู้ป่วย	30	49.18
I2.1 ให้คำปรึกษาเรื่องยาแก่ผู้ป่วย	14	22.95
I2.4 ให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลหรือครอบครัว	16	26.23
I3 ระดับยา	12	19.67
I3.2 ปรับขนาดยา	5	8.20
I3.4 เปลี่ยนวิธีหรือเวลาใช้ยา	4	6.56
I3.5 หยุดยาหรือพักยา	3	4.92
I4 อื่น ๆ	8	13.11
I4.1 จัดยาแบบมื้อต่อมื้อและอุปกรณ์ช่วยใช้ยา	8	13.11
การยอมรับ (acceptance)		
A1.1 ยอมรับและปฏิบัติครบถ้วน	54	88.52
A1.2 ยอมรับและปฏิบัติบางส่วน	4	6.56
A2 ไม่ได้รับการยอมรับ	3	4.92

3.3 ความพึงพอใจของกลุ่มผู้พัฒนารูปแบบ จำนวน 50 คน มีความพึงพอใจต่อรูปแบบโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (M = 4.56, SD = 0.50) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ รูปแบบช่วยให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่อง (M = 4.70, SD = 0.46) รองลงมาคือ รูปแบบเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยและครอบครัว (M = 4.68, SD = 0.47) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ความเหมาะสมของภาระงานต่อบุคลากร (M = 4.40, SD = 0.49) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความพึงพอใจของกลุ่มผู้พัฒนารูปแบบต่อรูปแบบการให้บริบาลทางเภสัชกรรม (n = 50)

รายการ	M	SD	ระดับ
1. รูปแบบมีขั้นตอนชัดเจน เข้าใจง่าย	4.62	0.49	มากที่สุด
2. องค์ประกอบของรูปแบบสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยในพื้นที่	4.58	0.50	มากที่สุด
3. รูปแบบนำไปปฏิบัติได้จริงในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน	4.48	0.50	มาก
4. การให้ความรู้ด้านยาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นรายครอบครัว	4.66	0.48	มากที่สุด
5. การค้นหาและจัดการปัญหาที่เกี่ยวกับยาโดยเภสัชกร	4.54	0.50	มากที่สุด

รายการ	M	SD	ระดับ
6. การจัดยาแบบมื้อต่อมื้อรายบุคคล	4.60	0.49	มากที่สุด
7. การโทรแจ้งเตือนวันนัดผ่านผู้ดูแลและเครือข่าย	4.44	0.50	มาก
8. การเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมคลินิกจิตเวช	4.52	0.50	มากที่สุด
9. รูปแบบช่วยให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่อง	4.70	0.46	มากที่สุด
10. รูปแบบช่วยลดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	4.56	0.50	มากที่สุด
11. ความเหมาะสมของภาระงานต่อบุคลากร	4.40	0.49	มาก
12. การประสานงานระหว่างโรงพยาบาลกับเครือข่ายชุมชน	4.50	0.51	มาก
13. การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลและชุมชน	4.64	0.48	มากที่สุด
14. ความเป็นไปได้ในการขยายผลสู่พื้นที่อื่น	4.46	0.50	มาก
15. รูปแบบเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยและครอบครัว	4.68	0.47	มากที่สุด
รวม	**4.56**	**0.50**	**มากที่สุด**

3.4 ผลการสนทนากลุ่มหลังใช้รูปแบบ โดยการวิเคราะห์เนื้อหาจากการสนทนากลุ่มผู้พัฒนารูปแบบ ผู้ดูแล และผู้ป่วย ได้ 4 ประเด็นหลัก ประเด็นแรก การจัดยาแบบมื้อต่อมื้อและซองแยกสีลดภาระของผู้ดูแลสูงอายุ ทำให้ผู้ดูแลมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับยาครบและถูกมื้อ ประเด็นที่สอง ผู้ดูแลเข้าใจเรื่องโรคและยามากขึ้น รู้จักสังเกตอาการไม่พึงประสงค์และสัญญาณเตือนการกำเริบ และรู้ช่องทางติดต่อทีมเมื่อมีปัญหา ประเด็นที่สาม การเชื่อมต่อระหว่างโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทำให้การติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องและชุมชนรู้สึกปลอดภัยขึ้น ประเด็นที่สี่ อุปสรรคที่ยังเหลืออยู่คือผู้ป่วยที่ใช้สุราร่วมและผู้ป่วยที่อยู่ลำพัง รวมทั้งภาระงานเยี่ยมบ้านของบุคลากรที่มีจำนวนจำกัด

อภิปรายผล

1. สถานการณ์และปัญหาการใช้ยา ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาซับซ้อนทุกรายมีปัญหาที่เกี่ยวกับยา เฉลี่ยมากกว่า 2 ปัญหาต่อราย และเกือบครึ่งหนึ่งขาดยา สัดส่วนการขาดยานี้อยู่ในช่วงเดียวกับความไม่ร่วมมือในการใช้ยาที่รายงานในระดับนานาชาติ คือร้อยละ 40–50 (Guo et al., 2023) สาเหตุที่พบมากที่สุดคือผู้ป่วยใช้ยาน้อยกว่าที่สั่งหรือไม่ใช้ยา ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ว่าการไม่ใช้ยาตามสั่งเป็นปัญหาที่พบบ่อยที่สุดจากการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกร (ลัดดาวัลย์ ปราบนอก, 2565) และสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่ระบุว่าการขาดความตระหนักรู้ต่อการเจ็บป่วย ความเชื่อเชิงลบต่อยา และอาการไม่พึงประสงค์เป็นปัจจัยสำคัญของความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (Higashi et al., 2013; Kane et al., 2013) ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างช่วยอธิบายความซับซ้อนนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นชายวัยทำงานที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ใช้ยาหลายรายการ และพึ่งพาบิดามารดาที่เข้าสู่วัยสูงอายุเป็นผู้ดูแลหลัก ซึ่งตรงกับภาพของผู้ดูแลชาวไทยที่ต้องรับภาระดูแลระยะยาวขณะที่ตนเองเผชิญข้อจำกัดด้านอายุและเศรษฐกิจ (Imkome & Waraassawapati, 2018) เมื่อผู้ดูแลจัดยาหลายรายการได้ไม่ถูกต้อง ปัจจัยปกป้องด้านการสนับสนุนทางสังคมจึงอ่อนแอลง ขณะที่ปัจจัยเสี่ยงด้านยายังคงอยู่ (Guo et al., 2023) ผลนี้ชี้ว่าการบริบาลทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องดูแลทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลไปพร้อมกัน และต้องลดความซับซ้อนของแบบแผนการใช้ยาควบคู่กับการให้ความรู้

2. รูปแบบการให้บริบาลทางเภสัชกรรมที่พัฒนาขึ้น รูปแบบที่ได้มีจุดเด่น 3 ประการ ประการแรก รูปแบบครอบคลุมปัจจัยหลายระดับตามที่การทบทวนวรรณกรรมเสนอว่าการแก้ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา

ต้องผสมผสานหลายวิธี (Higashi et al., 2013; Kane et al., 2013) โดยมีการค้นหาและจัดการปัญหาที่เกี่ยวกับยาเป็นแกนกลางตามกระบวนการบริบาลทางเภสัชกรรม (Cipolle et al., 2012; Hepler & Strand, 1990) ประการที่สอง รูปแบบปรับให้เหมาะกับผู้ดูแลสูงอายุ การจัดยาแบบมื้อต่อมื้อในซองแยกสีสอดคล้องกับหลักฐานว่าบรรจุภัณฑ์ช่วยเตือนการใช้ยาช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาได้ (Boeni et al., 2014) และการให้ความรู้แก่ครอบครัวสอดคล้องกับหลักฐานว่าการดูแลที่มีครอบครัวร่วมด้วยช่วยลดการกำเริบ (Pharoah et al., 2010) ประการที่สาม รูปแบบขยายการดูแลจากโรงพยาบาลถึงบ้านผ่านเครือข่ายชุมชน ซึ่งต่างจากการให้ความรู้ในโรงพยาบาลเพียงอย่างเดียวที่เพิ่มความรู้ได้แต่ไม่เพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา (ธรัล หทัย วิริยะสิริสกุล และคณะ, 2559) จึงใกล้เคียงกับโปรแกรมทบทวนการใช้ยาที่บ้านโดยเภสัชกรในมาเลเซีย (Tan et al., 2019) และระบบดูแลโดยทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนของไทย (กมลวรรณ สีเชียงสา และคณะ, 2562) การปรับรูปแบบระหว่างวงจรที่ 1 และวงจรที่ 2 ซึ่งเกิดจากการสะท้อนผลร่วมกัน ยืนยันคุณค่าของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่ทำให้ผู้ปฏิบัติปรับแนวทางให้เข้ากับข้อจำกัดจริงของพื้นที่ (Kemmis et al., 2014) นอกจากนี้ รูปแบบนี้ยังเติมส่วนที่กระบวนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำโดยชุมชนในจังหวัดมหาสารคามยังไม่ได้เน้น คือการจัดการยาโดยเภสัชกร (ณัฐพณ บุตตะโยธี, 2564) สองแนวทางนี้จึงนำมาใช้เสริมกันในระดับจังหวัดได้

3. ผลการประเมินรูปแบบ หลังใช้รูปแบบ สัดส่วนผู้ป่วยที่มีปัญหาที่เกี่ยวกับยาลดลงอย่างมีนัยสำคัญและไม่มีผู้ป่วยขาดยาเมื่อสิ้นสุดการศึกษา ผลนี้สอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศไทยที่พบว่าการบริบาลทางเภสัชกรรมร่วมกับการดูแลต่อเนื่องใกล้บ้านช่วยลดการไม่ร่วมมือในการใช้ยาและอาการไม่พึงประสงค์ได้อย่างมีนัยสำคัญ (ธนัฎชา สองเมือง และอนัญญา สองเมือง, 2565) และสอดคล้องกับการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรในมาเลเซียที่เพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาได้อย่างชัดเจน (Tan et al., 2019) กลไกที่น่าจะอธิบายผลได้คือ การจัดยาแบบมื้อต่อมื้อลดความผิดพลาดในการใช้ยา การแจ้งวันนัดผ่านผู้ดูแลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านลดการขาดนัด และการเยี่ยมบ้านทำให้พบปัญหาตั้งแต่ระยะแรก การที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีอาการทางจิตเมื่อสิ้นสุดการศึกษาสอดคล้องกับหลักฐานว่าการใช้ยาต้านโรคจิตต่อเนื่องช่วยลดการกำเริบได้มาก (Leucht et al., 2012) และสอดคล้องกับผลของกระบวนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำโดยชุมชนในจังหวัดเดียวกัน (ณัฐพณ บุตตะโยธี, 2564) ส่วนอาการไม่พึงประสงค์ลดลงแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เพราะจำนวนผู้ป่วยตั้งต้นมีน้อย ผลลัพธ์จึงควรแปลความในเชิงทิศทางมากกว่าข้อสรุปเชิงสถิติ ปัญหาที่ยังเหลืออยู่ในผู้ป่วยที่ใช้สุราร่วมและอยู่ลำพังสอดคล้องกับข้อค้นพบว่าการใช้สารเสพติดร่วมและการขาดการสนับสนุนเป็นปัจจัยเสี่ยงของความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (Higashi et al., 2013) ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงต้องการการดูแลที่เข้มข้นกว่า ส่วนความพึงพอใจของผู้พัฒนารูปแบบในระดับมากที่สุดสะท้อนการยอมรับของผู้ปฏิบัติ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อความยั่งยืนของรูปแบบ แต่ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือภาระงานของบุคลากร จึงควรวางแผนกำลังคนก่อนขยายผล

3. ข้อเสนอแนะ

1) โรงพยาบาลนาเชือกควรกำหนดรูปแบบนี้เป็นแนวปฏิบัติมาตรฐานของคลินิกจิตเวชสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาซับซ้อน และกำหนดเกณฑ์คัดกรองผู้ป่วยเข้าสู่รูปแบบให้ชัดเจน เช่น มีประวัติขาดยา มีปัญหาที่เกี่ยวกับยา หรือเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

2) ควรขยายผลสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ โดยถ่ายทอดการจัดยาแบบมื้อต่อมื้อและการติดตามการใช้ยาให้เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเชื่อมกับกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนที่มีอยู่แล้วในจังหวัดมหาสารคาม

3) ควรจัดการดูแลเข้มข้นเพิ่มเติมสำหรับผู้ป่วยที่ใช้สุราหรือสารเสพติดร่วม ผู้ป่วยที่อยู่ลำพัง และผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ โดยวางแผนผู้ดูแลสำรองร่วมกับชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

4) ควรวัดผลลัพธ์ด้วยเครื่องมือมาตรฐานทั้งก่อนและหลัง เช่น Brief Psychiatric Rating Scale สำหรับอาการทางจิต แบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาฉบับภาษาไทย แบบวัดคุณภาพชีวิต และแบบวัดภาระของผู้ดูแล

เอกสารอ้างอิง

กมลวรรณ สีเชียงสา, จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์, และสายทิพย์ สุทธิรักษา. (2562). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยทีมสหวิชาชีพของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ. วารสารเภสัชกรรมไทย, *11*(2), 457–469.

ณัฐพณ บุตตะโยธี. (2564). กระบวนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนมีส่วนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 5(9), 77–88.

ธนัฎชา สองเมือง, และอนัญญา สองเมือง. (2565). ความร่วมมือในการใช้ยาและการกำเริบในผู้ป่วยจิตเภทหลังถูกส่งตัวรักษาต่อเนื่อง ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน.วารสารวิชาการสาธารณสุข, 31(1), 70–79.

ธรัลหทัย วิริยะสิริสกุล, ฐชานันท์ อิสริยะชัยกุล, จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์, และสายทิพย์ สุทธิรักษา. (2559). ผลการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยนอกโรคจิตเภท: การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่ม. วารสารเภสัชกรรมไทย, 8(2), 377–387.

บุญชม ศรีสะอาด. (2560). การวิจัยเบื้องต้น (พิมพ์ครั้งที่ 10). สุวีริยาสาส์น.

โรงพยาบาลนาเชือก. (2566). รายงานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวช คลินิกจิตเวช ปีงบประมาณ 2566. โรงพยาบาลนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม.

ลัดดาวัลย์ ปราบนอก. (2565). ผลลัพธ์ของการแก้ไขปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังจากการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกร ในเขตอำเภอเชียงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ด.วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ, 1(1), 126–133.

Boeni, F., Spinatsch, E., Suter, K., Hersberger, K. E., & Arnet, I. (2014). Effect of drug reminder packaging on medication adherence: A systematic review revealing research gaps. Systematic Reviews, 3, Article 29. https://doi.org/10.1186/2046-4053-3-29

Cipolle, R. J., Strand, L. M., & Morley, P. C. (2012). Pharmaceutical care practice: The patient-centered approach to medication management (3rd ed.). McGraw-Hill.

Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. Journal of Advanced Nursing, 62(1), 107–115. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x

Fagerland, M. W., Lydersen, S., & Laake, P. (2013). The McNemar test for binary matched-pairs data: Mid-p and asymptotic are better than exact conditional. BMC Medical Research Methodology, *13*, Article 91. https://doi.org/10.1186/1471-2288-13-91

Guo, J., Lv, X., Liu, Y., Kong, L., Qu, H., & Yue, W. (2023). Influencing factors of medication adherence in schizophrenic patients: A meta-analysis. Schizophrenia, 9, Article 31. https://doi.org/10.1038/s41537-023-00356-x

Hepler, C. D., & Strand, L. M. (1990). Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. American Journal of Hospital Pharmacy, *47*(3), 533–543.

Higashi, K., Medic, G., Littlewood, K. J., Diez, T., Granström, O., & De Hert, M. (2013). Medication adherence in schizophrenia: Factors influencing adherence and consequences of nonadherence, a systematic literature review. Therapeutic Advances in Psychopharmacology, *3*(4), 200–218. https://doi.org/10.1177/2045125312474019

Imkome, E., & Waraassawapati, K. (2018). Perspectives and experiences of primary caregivers of individuals with schizophrenia in Thailand. Issues in Mental Health Nursing, 39(10), 858–864. https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1488312

Kane, J. M., Kishimoto, T., & Correll, C. U. (2013). Non-adherence to medication in patients with psychotic disorders: Epidemiology, contributing factors and management strategies. World Psychiatry, 12(3), 216–226. https://doi.org/10.1002/wps.20060

Kemmis, S., McTaggart, R., & Nixon, R. (2014). The action research planner: Doing critical participatory action research. Springer. https://doi.org/10.1007/978-981-4560-67-2

Leucht, S., Tardy, M., Komossa, K., Heres, S., Kissling, W., Salanti, G., & Davis, J. M. (2012). Antipsychotic drugs versus placebo for relapse prevention in schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. The Lancet, 379(9831), 2063–2071. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60239-6

Naranjo, C. A., Busto, U., Sellers, E. M., Sandor, P., Ruiz, I., Roberts, E. A., Janecek, E., Domecq, C., & Greenblatt, D. J. (1981). A method for estimating the probability of adverse drug reactions. Clinical Pharmacology & Therapeutics, 30(2), 239–245. https://doi.org/10.1038/clpt.1981.154

Phanthunane, P., Vos, T., Whiteford, H., Bertram, M., & Udomratn, P. (2010). Schizophrenia in Thailand: Prevalence and burden of disease. Population Health Metrics, 8, Article 24. https://doi.org/10.1186/1478-7954-8-24

Pharmaceutical Care Network Europe. (2020). Classification for drug related problems V9.1. https://pcne.org/working-groups/pcne-working-group-on-drug-related-problems/

Pharoah, F., Mari, J., Rathbone, J., & Wong, W. (2010). Family intervention for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews, (12), Article CD000088. https://doi.org/10.1002/14651858.CD000088.pub3